

IME in PRIIMEK:
DATUM ROJSTVA:
NASLOV:
TELEFON:

ALI IMATE oz. STE KADARKOLI IMELI:	<i>Obkroži.</i>	
težave z očmi/vidom	da	ne
visok krvni tlak	da	ne
bolezni srca, ožilja	da	ne
krčne žile	da	ne
astmo/bronhitis	da	ne
bolezni krvi	da	ne
sladkorno bolezen	da	ne
bolezni prebavil, jeter	da	ne
bolezni kože	da	ne
bolezni živčnega sistema	da	ne
alergije	da	ne
nalezljive bolezni (infekcije)	da	ne
kilo (dimeljsko, popkovno)	da	ne
epilepsijo ali podobne napade	da	ne
duševne motnje	da	ne
motnje ravnotežja	da	ne
bolezni ušes/nosu/grla	da	ne
težave z gibali (hrbtenica, sklepi)	da	ne
poškodbe	da	ne
nezavest	da	ne
operacije	da	ne
zdravljenje v bolnišnici	da	ne
druge težave	da	ne

ALI IMA KDO V DRUŽINI: <i>(oče, mama, stari starši, bratje, sestre)</i>	<i>Obkroži.</i>	
zvišan krvni tlak	da	ne
srčni infarkt	da	ne
žilne bolezni	da	ne
možgansko kap	da	ne
sladkorno bolezen	da	ne
rak	da	ne
osteoporozo	da	ne
bolezni dihal	da	ne

*** ŽENSKE**

Datum zadnje menstruacije:

KAJ STE PO POKLICU?
KJE STE ZAPOSLENI oz. SE BOSTE ZAPOSILILI?
DELOVNO MESTO
DELOVNA DOBA (skupna)
DELOVNA DOBA (na tem delovnem mestu)
ALI ZMORETE TO DELO? da ne
KOLIKO IZMENSKO DELO OPRAVLJATE?

KDO JE VAŠ IZBRANI ZDRAVNIK?

ALI KADITE?	da	ne	občasno	koliko? (št. cigaret/dan)
ALI UŽIVATE ALKOHOL?	da	ne	občasno	koliko?
ALI UŽIVATE DROGE?	da	ne	občasno	katere?
ALI SE REKREIRATE?	da	ne	občasno	
ALI UŽIVATE KAKŠNA ZDRAVILA?	da	ne		katera?

Podpisani soglašam s pregledom in potrebnimi preiskavami za oceno delazmožnosti in vpogled v kartoteko izbranega zdravnika.

DATUM:

PODPIS: